



## The Family Model

Slutrapport från en genomförbarhetsstudie med medarbetare inom barn- och ungdomspsykiatri, specialiserad vuxenpsykiatri och primärvård i Region Skåne, Region Halland och Region Västra Götaland

Gisela Priebe, Ann-Louise Danlarén, Maria Afzelius  
Institutionen för psykologi, Lunds universitet

The Family Model – Slutrapport från en genomförbarhetsstudie med  
medarbetare inom barn- och ungdomspsykiatri, specialiserad vuxenpsykiatri  
och primärvård i Region Skåne, Region Halland och Region Västra Götaland

© 2021 Författarna och Nationellt kompetenscentrum anhöriga™

FÖRFATTARE Gisela Priebe, Ann-Louise Danlarén & Maria Afzelius

LAYOUT Nationellt kompetenscentrum anhöriga™

FOTO The Family Model

ISBN 978-91- 87731-66-2

TRYCKERI Webbversion

# Innehåll

Tack till .....	4
Sammanfattning .....	5
Summary .....	5
Uppdrag och syfte .....	6
Bakgrund .....	6
Del 1: Medarbetare inom barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri och deras uppfattning om modellen .....	9
Genomförande .....	9
Etiska aspekter .....	10
Resultat från utvärderingen .....	10
Deltagarnas yrkesbakgrund samt utbildning i och erfarenhet av arbete med barn till föräldrar med psykisk ohälsa .....	11
Deltagarnas erfarenhet av och uppfattning om The Family Model.....	12
Deltagarnas svar på The Family-Focused Mental Health Practice Questionnaire .....	14
Del 2: Genomgång av styrdokument .....	16
Styrdokument som avser barn- och ungdomspsykiatri .....	17
Styrdokument som avser vuxenpsykiatri .....	17
Styrdokument som avser både barn- och ungdoms- och vuxen- psykiatri.....	18
Övergripande dokument för all hälso- och sjukvård.....	18
Diskussion och slutsatser .....	20
Referenser .....	23

## Tack till

Merike Hansson, tidigare utredare på Socialstyrelsen, och Agnes Lundström, hennes efterträdare, för stöd att genomföra studien och att anordna utbildningsdagarna för projektdeltagare i Stockholm. Bente Weimand, førsteamanuensis vid OsloMet, Norge, som generöst har delat med sig av sin kunskap om The Family Model och erfarenheter med modellen i Norge. Medarbetare från barn- och ungdomspsykiatri, specialiserad vuxenpsykiatri och primärvård, som har intresserat sig för modellen och deltagit i studien.

## Sammanfattning

The Family Model är ett familjeorienterat verktyg där kliniker med hjälp av en visuell modell tillsammans med familjen kartlägger hur psykisk ohälsa påverkar och påverkas av relationerna i familjen och omständigheterna omkring den. Modellen har utvecklats av Adrian Falkov, barn- och ungdomspsykiater i Australien. Syftet med studien är att undersöka om modellen kan vara användbar i Sverige. Studien består av två delar. I den första delen fick medarbetare i barn- och ungdomspsykiatri, specialiserad vuxenpsykiatri och primärvård sätta sig in i modellen genom att bland annat gå en webbkurs, eventuellt prova modellen i praktiken (frivilligt) och sedan delge sin uppfattning i en enkät. Sammanfattningsvis finner man modellen användbar, både i verksamheter som vill utveckla ett tydligare familjeperspektiv i sitt arbete och som komplement till andra interventioner, som många av deltagarna är förtrogna med. Några menar att de redan har välfungerande metoder som är bättre anpassade till deras arbete med t.ex. späd- och småbarn och deras föräldrar. Det finns också en önskan att den engelska webbkursen och den visuella modellen skall översättas och anpassas till svenska. I den andra delen av studien gick vi igenom ett antal styrdokument för vård av barn och vuxna med psykisk ohälsa för att se vilken vägledning dessa ger för arbetet med familjer med psykisk ohälsa. Många styrdokument tar upp arbete med familj och närstående till patienten, men detta sker oftare ur ett individorienterat än ur ett familjeorienterat perspektiv. Implementering och utvärdering av familjeorienterade interventioner vid psykisk ohälsa framstår som en fortsatt angelägen uppgift.

## Summary

The Family Model is a family-oriented approach where clinicians and family together use a visual model in order to map how mental illness affects and is affected by the relations in the family and its context. Adrian Falkov, a child and adolescent psychiatrist in Australia, has developed the model. The aim with this study was to investigate if the model could be useful also in Sweden. The study consists of two parts. In the first part, staff from child and adolescent psychiatry, adult psychiatry and general practice familiarized themselves with the model by taking a web course and possibly practicing the model (voluntary) and gave feedback on their perception of the model. In summary, they perceive the model as useful both in mental healthcare settings that wish to develop a more family oriented way of working and as a complement to other interventions that are familiar to them. Some think that they already have a well-functioning method that is better adapted to their work with, for example, infants and small children. The participants would also like the web course and the visual model to be translated and adapted to Swedish conditions. In the second part of the study, we reviewed a number of guidelines for treatment of children and adults with mental illness in order to identify the recommendations that they give for working with families with mental illness. Many guidelines mention work with a patient's family, but more often from an individual than from a family oriented perspective. The implementation and evaluation of family-oriented interventions in mental health care appears to be a continued important task.

## Uppdrag och syfte

Sommaren 2019 gav Socialstyrelsen ett uppdrag till Lunds universitet att vid några enheter inom barn- och ungdoms- respektive vuxenpsykiatri i en genomförbarhetsstudie på vetenskaplig grund pröva en modell för att införa ett tydligare familjeperspektiv, stärka barnperspektivet samt skapa bättre samordning/samverkan mellan verksamheterna när det finns psykisk ohälsa hos både barn och vuxna i familjen. Studien skulle genomföras i samarbete med verksamheter inom Region Skåne. Uppdraget utvidgades efterhand till att även omfatta primärvården och enheter i Region Halland och Region Västra Götaland. Ansvarig forskare för uppdraget var docent Gisela Priebe vid Psykologiska institutionen, Lunds universitet.

Projektet pågick under tiden augusti 2019 till januari 2020 och består av två delar. I den första delen fick medarbetare inom barn- och ungdomspsykiatri, specialiserad vuxenpsykiatri och primärvård sätta sig in i The Family Model (Falkov, 2012), ett familjeorienterat verktyg för kliniker som med hjälp av en visuell modell tillsammans med familjen eller delar av familjen går igenom hur psykisk ohälsa påverkar och påverkas av relationerna i familjen, och delge sin uppfattning om modellen i allmänhet och användbarheten i Sverige i synnerhet. I den andra delen gick vi igenom ett antal styrdokument som används i den delen av hälso- och sjukvården som arbetar med psykisk ohälsa under frågeställningen vad dessa dokument innehåller som kan ge vägledning i arbetet med barn som anhöriga och familjer där en förälder lider av psykisk ohälsa.

## Bakgrund

Ungefär en tredjedel av patienterna inom vuxenpsykiatri i Sverige har minderåriga barn (Östman & Eidevall, 2005). En studie från Storbritannien visade att 36 procent av barnen som hade kontakt med barn- och ungdomspsykiatri hade minst en förälder med pågående psykisk ohälsa, ofta depression (Dover, Leahy & Foreman, 1994). Såvitt vi vet finns ingen svensk studie om hur många av barnen inom barn- och ungdomspsykiatri som har en förälder med psykisk ohälsa eller hur många av de vuxna patienterna som behandlas för lindrig eller medelsvår psykisk ohälsa inom primärvården som också är föräldrar till minderåriga barn. Intervjuer med psykologer som är verksamma inom svensk barn- och ungdomspsykiatri talar för att många av barnen där har föräldrar med psykisk ohälsa (Simonsson, 2017). Av intervjuerna framgår också att behandlingsarbetet med dessa barn ofta är resurs- och tidskrävande samtidigt som det kan vara svårt att få goda behandlingsresultat.

Det finns en ökad risk att barn till föräldrar med psykisk sjukdom själva som vuxna kommer att utveckla psykisk ohälsa (Weissman m.fl., 2006). Den ökade risken för psykiska problem hos barnen och nedsatt föräldraförmåga hos föräldrarna beskrivs också i många av de styrdokument som presenteras i del 2 av denna studie. Vi ser att många redan som barn visar signifikant högre nivåer av psykisk ohälsa jämfört med en normgrupp i den vanliga befolkningen (Axberg, Priebe, Afzelius & Wirehag Nordh, 2020) och en del av dem kommer i kon-

takt med barn- och ungdomspsykiatrin. Därför är det angeläget att inte endast den vuxne patienten får behandling utan att man även beaktar hur deras barn påverkas av föräldrarnas psykiska ohälsa och vilket stöd de kan behöva.

Sedan år 2010 finns en bestämmelse i Hälso- och sjukvårdslagen att barns behov av information, råd och stöd ska beaktas när en förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med har en psykisk störning, en psykisk funktionsnedsättning eller andra allvarliga problem (HSL 2017:30, 5 kap. 7§). Bestämmelsen i HSL är välkänd hos kliniker och verksamhetsledningar, i alla fall inom den specialiserade vuxenpsykiatrin. Däremot är implementeringen i den dagliga verksamheten fortfarande en utmaning, både i Sverige och i andra länder där liknande bestämmelser finns (Afzelius, 2017; Skogøy et al., 2018). Detsamma gäller för samverkan mellan till exempel den specialiserade vuxenpsykiatrin, barn- och ungdomspsykiatrin och socialtjänsten (Afzelius, Östman, Råstam & Priebe, 2018) och i samband med att individuella vårdplaner upprättas (Elgán & Källmén, 2020). Bestämmelsen i Hälso- och sjukvårdslagen syftar på att det är den vuxne som har psykisk ohälsa och det finns ingen motsvarande bestämmelse som kan tillämpas när barnet eller flera i familjen lider av psykisk ohälsa.

Både nationellt och internationellt används idag ett flertal interventioner för att stödja barn och familjer där en förälder lider av psykisk ohälsa och området är under intensiv utveckling. Bland de metoder som används i den specialiserade vuxenpsykiatrin i Sverige kan nämnas Föra barn på tal (Solantaus, 2010), Beardslee familjeintervention (Beardslee, 2002; Pihkala, 2011), BRA – Barns rätt som anhöriga (Eriksson, 2018), Barnkraft, även kallad ”Skapa förståelse tillsammans” (Söderblom & Inkinen, 2009) och ALMA (Hagström, 2010). Det finns ett behov av olika modeller och interventioner som kan väljas utifrån de enskilda barnens och familjers behov och förutsättningar, verksamheternas inriktning och medarbetarnas kunskap och erfarenhet. Det saknas också lämpliga interventioner för familjer där flera medlemmar har psykisk ohälsa, framför allt när det gäller både vuxna och barn.

The Family Model är ett familjeorienterat verktyg för kliniker som med hjälp av en visuell modell tillsammans med familjen eller delar av familjen kartlägger hur psykisk ohälsa påverkar och påverkas av relationerna i familjen och omständigheterna omkring den. Modellen har utvecklats av Adrian Falkov, barn- och ungdomspsykiater och verksam i Australien (Falkov, 2012) och har även spridits till Norge och Nordirland. The Family Model kan användas oavsett om det är en vuxen/förälder eller ett barn eller båda som har psykisk ohälsa. Målet med samtalet mellan behandlare och familjemedlemmar är att utveckla en gemensam förståelse av hur den psykiska ohälsan påverkar medlemmarna i familjen. Den visuella modellen består av ett kort som visar sex domäner och tio dubbelriktade pilar som illustrerar hur dessa domäner påverkar varandra (Falkov 2012; Hoadley, Smith, Wan & Falkov, 2017). De sex domänerna är

- 1) föräldern/föräldrarnas psykiska ohälsa/behov,
- 2) barnens psykiska hälsa och svårigheter,
- 3) föräldraskap och relationen mellan föräldrar och barn,
- 4) familjens styrkor och svårigheter,
- 5) vård- och stödsatser för barn och vuxna och
- 6) det omgivande samhället.

Med hjälp av pilarna och deras relation till domänerna ökar den gemensamma förståelsen hos familjemedlemmarna och behandlaren för hur den psykiska ohälsan påverkar relationerna och familjen. Denna förståelse läggs till grund för en gemensam familjefokuserad behandlingsplan. Tillvägagångssättet är flexibelt och kan innebära ett eller flera samtal med varierande konstellationer av familjemedlemmar. Samtalet/samtalen hålls i en anda av respekt och icke-värderande ton och alla närvarande bjuds in att dela med sig av sina synpunkter och tankar. Syftet med att låta samtliga deltagares röster bli hörda (Hoadley et al., 2017) är att stärka enskilda familjemedlemmar, minimera att allt fokus läggs på den eller de som har psykisk ohälsa och att uppmuntra till en bättre balans i kommunikationen mellan föräldrar/omvårdnadspersoner, syskon och generationerna. För behandlaren kan modellen underlätta ett mer systemiskt tänkande och stödja en longitudinell utveckling av bedömning och interventioner. Ett syfte med kartläggningen är också att se vilka vård- eller stödkontakter olika medlemmar i familjen har eller behöver och hur dessa skulle kunna samarbeta.

Viktiga principer i arbetet med The Family Model är:

1. Föräldrarnas psykiska ohälsa kan påverka barnets utveckling, psykiska hälsa och i vissa fall även barnets säkerhet på ett negativt sätt.
2. Barn med psykisk ohälsa kan påverka föräldrarnas psykiska hälsa på ett negativt sätt.
3. Att växa upp med en förälder med psykisk ohälsa kan påverka barnets utveckling, och senare även påverka barnets eget föräldraskap negativt.
4. Omständigheter såsom fattigdom, att vara ensamstående förälder, isolering och stigma, kan påverka både den vuxnes/föräldrarnas och barnets psykiska hälsa negativt.
5. Kvalitén av engagemanget och kontakten mellan enskilda individer, familjer, praktiker och vård- och stödinstitutioner är en betydelsefull faktor för familjens psykiska mående.
6. De ovanstående principerna och deras inbördes relation ingår i ett större socialt nätverk och påverkas av den omgivande kulturen och samhället. (Falkov, 2012)



# Del 1: Medarbetare inom barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri och deras uppfattning om modellen

## Genomförande

Denna studie omfattar medarbetare inom barn- och ungdomspsykiatri, specialistpsykiatri och primärvården i Sverige. Inledningsvis kontaktades personer inom projektgruppens professionella nätverk för att sprida information om projektet och rekrytera deltagare. Information om projektet spreds på så sätt via nyckelpersoner i olika verksamheter, till exempel inom vuxenpsykiatriens barnsamordnargrupp eller via enhetschefer och forskargrupper med klinisk anknytning. Det förekom också att medarbetare som hade hört om projektet och blivit intresserade själva tog kontakt med projektgruppen. Information och rekrytering har skett i Region Skåne, Västra Götalandsregionen, Region Halland samt via Göteborgs universitet. Vi sökte deltagare som har erfarenhet av och intresse för familjearbete, men också medarbetare med mindre erfarenhet av familjearbete. Både enskilda och team erbjöds möjlighet att medverka i studien.

Projektgruppen höll kontakt med intresserade via mail, personliga möten och via sociala media samt tog initiativ till ett informationsmöte med ett team för att introducera modellen. Under projektets gång har vi regelbundet hört av oss till deltagarna för eventuella frågor kring projektet.

Totalt visade 31 personer från barn- och ungdomspsykiatri, specialiserad vuxenpsykiatri och primärvård intresse att medverka i projektet. Två tillfrågade team och fem personer tackade nej till att delta i studien på grund av tidsbrist eller tveksamhet hos ledningen om verksamhetens målgrupp passade projektet. Ytterligare en anledning att tacka nej till att delta i projektet var att man upplevde det som svårt att tillägna sig en webbkurs på annat språk än svenska.

I oktober 2019 anordnades en kostnadsfri utbildningsdag om ”The Family Model” med en av de norska företrädarna för modellen, Bente Weimand, för dem som deltog i projektet i södra Sverige eller ett parallellt projekt i Stockholm. Frågor som lyftes av deltagarna under utbildningsdagen rörde bland annat anmälningsplikten, att det kan vara en utmaning att arbeta med modellen beroende på vilken typ av psykisk ohälsa familjemedlemmen har samt svårigheter att matcha behov hos familjemedlemmar med de insatser som finns att erbjuda i verksamheterna. Utbildningsdagen anordnades av medarbetare från Socialstyrelsen i samarbete med Nationellt kompetenscentrum anhöriga, Nka.

De som deltog i utbildningsdagen hade också möjlighet att dagen innan vara med på en konferens om ”Samverkan mellan barn- och ungdoms- och vuxenpsykiatri kring psykisk ohälsa i familjen” som arrangerades av Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Nationellt kompetenscentrum anhöriga samt SKL (nuvarande SKR).

Tre nyhetsbrev har skickats ut under projekttiden med information om vad som händer i studien. En webbsida har byggts upp där information om The Family model och om projektet

samlades och gjorts tillgänglig för deltagarna i projektet. Webbsidan innehöll bland annat länkarna till webbkursen på engelska eller engelsk/norska, en film från utbildningsdagen och nyhetsbrevet.

För att ingå i projektet skulle man uppfylla följande kriterier:

- 1) att gå webbkursen om The Family Model på engelska eller engelska/norska
- 2) att delta om möjligt i den planerade utbildningsdagen i Stockholm, alternativt se den film som gjordes i samband med utbildningsdagen.
- 3) att fylla i ett frågeformulär där man gav feedback på The Family Model samt beskrev sin yrkesbakgrund och erfarenhet av familjeorienterat arbete.

Det fanns däremot inget krav på deltagarna att använda The Family Model med sina patienter. Anledningen var dels att tröskeln för att delta i projektet skulle vara låg även för oerfarna medarbetare och dels att patienters och deras familjers deltagande i forskningsprojektet hade förutsatt en godkänd etikansökan hos Etikprövningsmyndigheten (se avsnitt Etiska aspekter nedan).

## Etiska aspekter

Vi har med tanke på den korta projekttiden (augusti 2019–januari 2020) valt ett upplägg som inte förutsatte ett godkännande från Etikprövningsmyndigheten, en process som tar flera månader i anspråk. Ett etikgodkännande hade behövts om vi hade samlat in känsliga personuppgifter, t.ex. om patienters och anhörigas psykiska hälsa, eller om The Family Model hade använts i arbetet med familjer inom ramen för projektet, eftersom det syftar till att påverka forskningspersonerna psykiskt (Lag 2003:460 om etikprövning av forskning som avser människor).

För att kunna kontakta medarbetare inom barn- och ungdomspsykiatri, vuxenpsykiatri och primärvården använde vi personuppgifter som mailadress och telefonnummer. Medarbetarna fyllde i en enkät, som dock inte innehöll några känsliga personuppgifter. Att som medarbetare delta i projektet medförde inga krav på att använda The Family Model. Däremot var medarbetarna fria att använda The Family Model utanför projektet inom ramen för sitt ordinarie arbete om de bedömde det som lämpligt.

Lunds universitets rutiner för personuppgiftsbehandling, PULU, har följts genom att en anmälan av personuppgiftsbehandling i forskning har upprättats (se länk nedan för vidare information).

## Resultat från utvärderingen

I slutet av projektperioden mailades en personlig länk till en feedback-enkät till alla medarbetare som hade visat intresse för The Family Model. Medarbetarna hade möjlighet att svara under en treveckorsperiod och fick upp till tre påminnelser. Enkäten bestod av tre delar:

- frågor om yrkesbakgrund samt utbildning i och erfarenhet av arbete med familjer med psykisk ohälsa,
- frågor om erfarenheterna med och uppfattningen om The Family Model. Förutom frågor med fasta svarsalternativ användes öppna frågor där deltagarna kunde delge sin uppfattning i egna ord,
- frågor om hur medarbetare inom hälso- och sjukvården arbetar med familjer med psykisk ohälsa. Vi gjorde en egen preliminär översättning till svenska av The Family-Focused Mental Health Practice Questionnaire (Maybery, Goodyear & Reupert, 2012).

Av 31 medarbetare som visat intresse för projektet svarade 18 på enkäten. En person hade inte gått webbkursen, vilket var en förutsättning för deltagande, och exkluderades därför. Ytterligare en person lämnade i efterhand in en skriftlig kommentar som har tagits med i den kvalitativa delen av sammanställningen. Vi vet inte i vilken utsträckning de som har visat intresse för projektet, men inte svarat på enkäten, har tagit del av webbkursen och annat material om The Family Model.

### Deltagarnas yrkesbakgrund samt utbildning i och erfarenhet av arbete med barn till föräldrar med psykisk ohälsa

Deltagarna var verksamma i Region Skåne, Region Halland och Västra Götalandsregionen. Nio medarbetare arbetade i den specialiserade vuxenpsykiatri (allmänpsykiatrisk öppenvård, psykosvård, ätstörningsenhet), sex inom barn- och ungdomspsykiatri (mellanvård, spädbarnsverksamhet) och två inom primärvården (barn 6–18 år med lindrig eller medelsvår psykisk ohälsa). Som grundläggande yrkesutbildning angavs socionom (11 personer), psykolog (tre), sjuksköterska (en) och skötare (två). En majoritet av deltagarna, tio personer, hade i sin nuvarande anställning ett tilläggsuppdrag för att arbeta med barn som anhöriga till föräldrar med psykisk sjukdom; av dessa arbetade nio inom vuxenpsykiatri och en inom barn- och ungdomspsykiatri. Tretton av dem som svarade på enkäten angav att flera medarbetare i deras team/på deras arbetsplats deltog i projektet.

Vi frågade om deltagarna sedan tidigare hade utbildning i andra interventioner för barn som anhöriga. Nio deltagare uppgav att de hade utbildning i Föra barn på tal, sex i Beardslee familjeintervention, två i BRA – Barns rätt som anhöriga och en i Barnkraft. En deltagare, som också var psykoterapeut, hänvisade till utbildning i familjeterapi och systemisk intervention. Det vanligaste var att man hade använt metoden man var utbildad i mellan en och tre gånger under det senaste året. Tre deltagare hade använt någon av interventionerna fler än 10 gånger under det gångna året.

Elva medarbetare angav att man på deras arbetsplats använder policy- eller styrdokument som beskriver hur de ska arbeta med barn som anhöriga. Som exempel nämndes Barnorienterat samtal, lokalt utformade riktlinjer, ett regionalt vårdprogram för späda och små barn, ett lokalt handlingsprogram som bygger på regionens handlingsprogram eller uppdragsbeskrivning för barnombud. Se vidare om policy- och styrdokument i del 2 av denna rapport.

## Deltagarnas erfarenhet av och uppfattning om The Family Model

Fjorton deltagare har gått hela webbkursen om The Family Model och tre har gått delar av webbkursen. Sex personer deltog i utbildningsdagen hösten 2019, fyra hade sett filmen från utbildningsdagen och en hade tagit del av handboken om The Family Model (Falkov, 2012).

I enkäten ombads deltagarna att ange vad de tyckte om webbkursen, The Family Model Card (ett kort som används under samtalet med patienten/familjen) och The Family Model som helhet på en skala från 1 till 5 där 1=Inte användbar och 5=Mycket användbar. Medelvärde för webbkursen var 3,7 (SD 0,9), för kortet 3,7 (SD 0,9) och för modellen som helhet 3,9 (SD 0,9) (SD står för standardavvikelse och är ett mått på den genomsnittliga avvikelsen från medelvärdet i den studerade gruppen).

När det gäller webbkursen så nämnde de som var mindre positiva eller neutrala (värde 2 eller 3 på skalan) att de hade haft tekniska svårigheter med att spela upp filmerna och fick byta webbläsare samt att kursen kändes omständligt med många upprepningar. Någon påpekade att det fanns brister i hur man i webbkursens filmexempel hjälper föräldern att förstå hur dennes insufficiens påverkar ett litet barn. Någon menade också att webbkursen inte är tillräcklig utan behöver kompletteras med annan grundläggande utbildning och övning för att till fullo förstå och lära sig modellen. De som var positiva till webbkursen (värde 4 eller 5 på skalan) angav att den är enkel, tydlig, pedagogisk och konkret.

De som angav en neutral uppfattning (värde 3 på skalan) om The Family Model Card menade att kortet inte är så pedagogiskt och att det inte var tilltalande för deltagaren samtidigt som det fanns fördelen att ingenting glöms bort. Någon menade att det inte var något nytt för egen del, men att kortet kan vara till nytta för föräldrar som av olika anledningar behöver ett visuellt stöd. De som var positiva till kortet (värde 4 eller 5 på skalan) motiverade sin uppfattning bland annat med att det är en fördel att allt finns på en sida och tydliggör hela interventionen på ett enda blad samtidigt som pilarna och ordningen för domänerna uppfattades som lite otydlig. Flera andra uppfattade kortet som tydligt och konkret för både familj och behandlare, överskådligt och lättbegripligt. Man nämnde också att kortet visar hur samspelet med inre och yttre faktorer påverkar varandra och att kortet är tydligt utan att det blir dömande.

I bedömningen av modellen som helhet angavs värden mellan 3 och 5, det vill säga ingen av deltagarna var negativ till modellen. De som hade en neutral uppfattning av modellen (värde 3) angav att den inte tillförde något nytt i det egna arbetet, men att den kunde vara bra i verksamheter som inte har ett familjeperspektiv eller vara ett stöd för oerfarna behandlare. Man menade också att fokus på det lilla barnet saknas i modellen. De som var positiva till modellen som helhet (värde 4 eller 5) motiverade det med att modellen erbjuder en tydlig struktur och en gemensam ram som är en hjälp i samtalet med familjen.

Vi frågade också om man särskilt ville kommentera någon av modellens sex domäner. Av de deltagare som svarade på frågan angav flera att samtliga domäner är relevanta för helheten och att det annars är lätt att man glömmer bort något viktigt eller kommer in på sidospår. En medarbetare som arbetar med barn menade att den delen av domän 5 som handlar om professionellt stöd och behandling för vuxna kunde vara laddat för de vuxna familjemedlemmar, eftersom det här oftast handlar om vuxenpsykiatri eller socialtjänsten. Två personer menade att domän 6, Kultur och samhälle, kändes "lite för mycket" och skulle kunna bakas in i de andra domänerna.

Tre personer har använt modellen en gång i sitt arbete och en har använt modellen fler än en gång. Medelvärde på frågan om modellen har varit hjälpsam i samtalet var för dessa personer 4,0 (SD 1,0) på en skala från 1 till 5 där 1=Inte användbar och 5=Mycket användbar. I kommentarerna lyftes strukturen och tydligheten, att det blev mindre hoppande från ämne till ämne, möjligheten att prata om hur föräldrarollen kan påverkas vid psykisk ohälsa hos föräldern, dess påverkan på barnet/familjen samt vikten av att föräldern och familjen får adekvata hjälpinsatser. Man nämnde också att det inte fanns något skuldbeläggande. Som mindre hjälpsamt uppfattades att man ibland kunde känna sig låst av modellen, att medarbetarens fokus hamnade för mycket på strukturen och inte på vad familjen sa.

På frågan om modellen kan vara lämplig att introducera på den egna arbetsplatsen svarade nio deltagare ja (sju från vuxenpsykiatri och två från primärvården), fyra deltagare svarade nej (tre från barn- och ungdomspsykiatri och en från vuxenpsykiatri) och tre deltagare svarade kanske (samtliga från barn- och ungdomspsykiatri). En deltagare svarade inte på frågan. De som svarade ja menade att The Family Model kan vara ett sätt att bidra till mer jämlik vård och att det kan vara ett av flera verktyg i familjeorienterat arbete; någon pekade på vikten av att inte bara gå utbildningar utan att också använda de metoder man har. De som svarade nej hade redan en annan modell som var anpassad till deras verksamhet eller menade att man i första hand bör använda och utveckla de metoder man redan har. Någon av dem som svarat kanske menade att The Family Model inte tydligt ger en röst åt de minsta barnen som just den personens verksamhet fokuserar på.

Vi frågade också om man ansåg att modellen kan vara lämplig att introducera i Sverige. Elva deltagare svarade ja (två från barn- och ungdomspsykiatri, sju från vuxenpsykiatri och två från primärvården), fem svarade kanske (fyra från barn- och ungdomspsykiatri, en från vuxenpsykiatri) och ingen svarade nej. En deltagare svarade inte på frågan. De som svarade ja betonade att det behövs olika sätt att arbeta med föräldrar och barn och att The Family Model kan vara ett välkommet komplement eller alternativ till andra metoder. En annan aspekt som nämndes var att The Family Model kan passa verksamheter som ännu inte har kommit igång med arbetet med barn som anhöriga/familjer med psykisk ohälsa och som behöver förändra fokus från individ till familj. I samma riktning gick svaren från deltagarna som ansåg att The Family Model kanske kan vara lämplig att introducera i Sverige – modellen kan vara lämplig för arbetsplatser som inte har familjeperspektiv och mer oerfarna medarbetare.

Deltagarna hade flera förslag på hur The Family Model skulle kunna anpassas till svenska förhållanden, om den introduceras i Sverige: webbutbildningen behöver finnas på svenska och kanske kortas något så att fler vågar prova. The Family Model Card behöver översättas till svenska, gärna även i en barnversion. En anpassning till svensk lagstiftning, t.ex. kring anmälningsskyldighet behövs. Domän 5 – Professionellt stöd och behandling för vuxna respektive barn – behöver anpassas till de insatser som finns i det svenska samhället, men även gränssnittet mellan primärvård och specialistpsykiatri och överlag hur vårdstrukturen är uppbyggd i Sverige behöver framgå.

Slutligen ombads deltagarna att ge förslag när det gäller användningen av The Family Model. Någon menade att det är viktigt att det kommer ett användbart och relativt enkelt verktyg. Samtidigt lyfte andra fram att grundkunskap i systemiskt arbete, familjearbete och barnets psykologiska utveckling behövs för att kunna använda modellen. Några ansåg att modellen

passar bättre inom öppenvården än i heldygnsvården och att den kan vara bra i ett tidigt skede i kontakten med vården. En bred och genomtänkt implementeringsplan med bra struktur och kontroll av nytta och användning efterlystes.

**Deltagarnas svar på The Family-Focused Mental Health Practice Questionnaire** Frågeformuläret kommer ursprungligen från Australien (Maybery, Goodyear & Reupert, 2010; Maybery, Goodyear & Reupert, 2012), men har även använts på Nordirland och i Norge (Grant, Falkov, Reupert, Maybery & Goodyear, 2020; Skogøy et al., 2019). Vi gjorde en egen preliminär översättning till svenska. Originalversionen av frågeformuläret utformades för medarbetare inom vuxenpsykiatri. I vår studie anpassades frågorna så att de kunde besvaras av både medarbetare inom vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri.

Den ursprungliga skalan består av 49 frågor inom tre områden – Organisation, Medarbetare samt Praktik – och har 17 delskalor. Området Organisation syftar på hur medarbetaren ser på den egna verksamhetens förutsättningar för ett familjeorienterat arbetssätt – förekomst av riktlinjer och rutiner, stöd från ledning och kollegor, möjligheten till vidareutbildning och professionell utveckling när det gäller familjeorienterat arbete, tidsutrymme för familjeorienterat arbete, men också tillgång till andra verksamheter för stöd och behandling. Området Medarbetare handlar om hur medarbetaren ser på sin egen kunskap och egna färdigheter när det gäller familjeorienterat arbete – generell kunskap och färdigheter, förmåga att bedöma konsekvenser av föräldrars psykiska sjukdom för barnen, förmåga att bedöma föräldrars förmåga att se och beakta barnens behov av nätverk och slutligen eget behov av vidareutbildning. Området Praktik avser tillit till den egna förmågan att arbeta familjeorienterat och i vilken utsträckning man faktiskt gör det genom att själv ge stöd eller genom att hänvisa till andra instanser. Området Praktik inkluderar också hur medarbetaren bedömer förekomsten av samverkan och tvärprofessionellt samarbete.

Eftersom tre av delskalorna med sammanlagt åtta frågor både i den australiensiska och i den norska studien hade låg reliabilitet (Cronbach's alpha < .60), uteslöt vi dessa ur vårt frågeformulär (reliabilitet = tillförlitlighet vid upprepade bedömningar). Det sammanlagda antalet frågor blev därmed 41, fördelad på 14 delskalor. Frågorna besvarades på en sjugradig skala med värden mellan 1 och 7. Höga värden anger hög grad av familjeorienterat arbete.

Deltagarna i studien skattade genomgående höga värden i samtliga delskalor, se tabell 1. Högst var värdet för medarbetarnas självtillit när det gäller att arbeta med familjer där en förälder har psykisk ohälsa. Näst högst var värdet i delskalan för samverkan och tvärprofessionellt arbete. Lägst skattades tillgången till riktlinjer och rutiner och i vilken utsträckning medarbetaren i praktiken ger stöd till familjer och föräldrar. Även behov av egen vidareutbildning skattades relativt lågt, om man jämför med svaren på övriga delskalor.

Jämfört med en nyligen publicerad norsk studie (Skogøy et al., 2019) erhöll deltagarna i den svenska studien genomgående något högre värden utom i delskalan Behov av vidareutbildning.

**Tabell 1.** Medelvärden för 14 delskalor i *The Family-Focused Mental Health Practice Questionnaire* från den svenska studien och jämförelsevärden från den norska studien (Skogøy, Ogden, Weimand, Ruud, Sørgaard & Maybery, 2019).

	Svensk studie n=17 Medelvärde (SD <sup>a</sup> )	Norsk studie <sup>b</sup> n=280 Medelvärde (SD)
<b>Organisation</b>		
Stöd från kollegor	5,82 (1,25)	5,05 (1,13)
Riktlinjer och rutiner	4,59 (1,50)	-
Professionell utveckling	5,06 (1,88)	-
Stöd från arbetsplatsen	5,00 (2,13)	4,51 (1,54)
Tid för familjeorienterat arbete	5,52 (1,21)	4,48 (1,34)
Tillgång till annat stöd och behandling	5,29 (1,35)	4,84 (1,34)
<b>Medarbetare</b>		
Kunskap och färdigheter	5,98 (1,14)	4,90 (0,99)
Bedömning av konsekvenser för barn	5,06 (1,37)	-
Bedömning av föräldrars vikt på barnens nätverk	5,15 (1,57)	5,12 (1,15)
Behov av vidareutbildning	4,71 (1,69)	5,42 (1,05)
<b>Praktik</b>		
Självförtroende medarbetare	6,14 (1,10)	5,68 (1,15)
Ger stöd till familjer och föräldrar	4,62 (1,55)	3,85 (1,24)
Hänvisning/remittering	5,78 (1,34)	4,08 (1,57)
Samverkan, tvärprofessionellt samarbete	6,07 (0,87)	-

<sup>a</sup> SD=standardavvikelse, ett mått på den genomsnittliga avvikelsen från medelvärdet i den studerade gruppen. <sup>b</sup> Skogøy et al., 2019. I studien redovisas inte alla delskalor.

## Del 2: Genomgång av styrdokument

Vårdens innehåll styrs idag i stor utsträckning av olika typer av riktlinjer, vårdprogram, handlingsplaner och policyn både på lokal och på nationell nivå. Om man överväger att introducera en ny metod som The Family Model i Sverige är det därför viktigt att undersöka hur ovannämnda bestämmelse i Hälso- och sjukvårdslagen om att barns behov av information, råd och stöd ska beaktas när en förälder har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning (HSL 2017:30, 5 kap. 7§) har fått genomslag i de dokument som är avsedda att vägleda det dagliga arbetet inom barn- och ungdomspsykiatri, vuxenpsykiatri och primärvård. Implementeringen av nya arbetssätt och metoder som svarar på bestämmelsen i Hälso- och sjukvårdslagen kan underlättas eller försvåras, beroende på om de förordas eller kanske inte alls nämns i styrdokumentet.

Vi har därför gått igenom ett antal styrdokument och noterat vad de innehåller om barn som anhöriga eller interventioner för barn i familjer där en förälder lider av psykisk ohälsa. Sammanställningen gör inget anspråk på fullständighet utan syftar på att ge en övergripande bild.

En allmän observation vid genomgången av styrdokumentet var att man där ibland talar om att engagera familj och närstående i den individuella patientens utredning eller behandling, som uppgiftslämnare vid bedömningen eller som stöd till patienten under behandlingen. Men detta är något annat än den aktiva insatsen för barnens och andra familjemedlemmars egen skull som det här projektet fokuserar på. Med andra ord så handlar det i det ena fallet om ett individorienterat arbetssätt där syftet med vårdens kontakt med familj och närstående är att underlätta behandlingen av individen medan det i det andra fallet rör sig om ett familjeorienterat arbetssätt som utgår från att närstående/familjemedlemmar påverkar varandra och att behandling därför behöver inkludera hela systemet. I båda fallen är det viktigt att gällande regler för samtycke och sekretess beaktas. Nedanstående citat från Nationella självskadeprojektets kvalitetsdokument belyser ett mer individorienterat arbetssätt (Nationellt självskadeprojekt, 2014). Det är värt att notera att minderåriga barn inte nämns bland de exempel på närstående som ges.

*Det kan vara hjälpsamt att engagera närstående i samband med kriser (NICE, 2011). Vuxna personer med självskadebeteende tillfrågas om de vill att deras närstående ska engageras i behandlingen. För barn och unga gäller att vårdnadshavare ska involveras i behandlingen om det inte är uppenbart olämpligt då socialtjänsten istället kontaktas (Socialtjänstlagen, 2001:453). Om, och när närstående engageras i behandlingen måste samtycke gås igenom vad gäller sekretess. Närstående kan vara förälder, partner, pojk- eller flickvän, nära vän, boendestödare eller annan betydelsefull person för personen med självskadebeteende. Vårdgivaren måste noga balansera individens autonomi mot behovet att engagera familjen och andra närstående för stöd och hjälp (NICE, 2011). (s. 23)*



I det följande redovisas vilka dokument vi har gått igenom, uppdelat efter dokument som avser barn- och ungdomspsykiatri, vuxenpsykiatri, båda delar eller övergripande dokument för all hälso- och sjukvård. Flera av dessa dokument kan antas kunna tillämpas även på primärvårdens arbete med psykisk ohälsa, även om det inte uttryckligen nämns. Avsnittet avslutas med en sammanfattning av den information vi har hittat.

## Styrdokument som avser barn- och ungdomspsykiatri

- Barn och ungdomar som utmanar. Vårdprogram för bedömning och behandling vid trotsyndrom och uppförandestörning inom barn- och ungdomspsykiatri (Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri, 2011)
- Riktlinje depression (Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri, 2014)
- Riktlinje ADHD (Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri, 2016)
- Riktlinje ångest- & tvångssyndrom (Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri, 2018)
- Riktlinje beteendesyndrom (Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri, 2019)
- Vårdprogram för späda och små barn (Region Skåne, 2012)

## Styrdokument som avser vuxenpsykiatri

- Schizofreni – Kliniska riktlinjer för utredning och behandling (Svenska psykiatriska föreningen, 2009)
- Suicidnära patienter – Kliniska riktlinjer för utredning och vård (Svenska psykiatriska föreningen, 2013)
- Bipolär sjukdom – Kliniska riktlinjer för utredning och behandling (Svenska psykiatriska föreningen, 2014)
- Åtstörningar – Kliniska riktlinjer för utredning och behandling (Svenska psykiatriska föreningen, 2015)
- Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Stöd för styrning och ledning (Socialstyrelsen, 2018)
- Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning (Socialstyrelsen, 2019a)
- Utvärdering av vård vid depression och ångestsyndrom (Socialstyrelsen, 2019b)
- Riktlinjer för att beakta behov hos barn till psykiskt sjuka föräldrar (Förvaltning Skånevård Sund, 2014)
- Vårdprogram för psykosvården i Psykiatri Skåne, vuxenpsykiatri (Region Skåne, 2016).

## Styrdokument som avser både barn- och ungdoms- och vuxenpsykiatri

- Rekommendationer för insatser vid självskadebeteende (Nationella självskadeprojektet, 2014)

## Övergripande dokument för all hälso- och sjukvård

- Regionala riktlinjer kring oro för väntat barn (Region Skåne, 2018)
- Handlingsprogram Barn som anhöriga (Region Skåne, 2014)

Förutom styrdokumenterna hittade vi även två webbsidor som riktar sig till alla hälso- och sjukvårdsverksamheter i Region Skåne. Det handlar dels om en webbsida om barn som far illa som främst innehåller information om anmälningsskyldigheten (Region Skåne, u.å., a) och dels om en webbsida med fokus på barn som anhöriga (Region Skåne, u.å., b). Båda webbsidor är även tillgängliga för allmänheten.

För *privata leverantörer* som har avtal med Region Skåne, till exempel vårdcentraler och BVC, ingår att följa gällande lagstiftningar, enligt mailkontakt med Maria Antonsson Anderberg, enhetschef Avd. för Hälso- och sjukvårdsstyrning, Koncernkontoret, Region Skåne. Det inkluderar anmälningsplikt vid misstanke om att barn far illa eller vid misstanke om våld i nära relationer. Även ovan nämnda bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen (HSL 2017:30, 5 kap. 7 §) om barns rätt till information, råd och stöd skall efterlevas. Leverantören ska upprätta lokala riktlinjer för arbetet med barn som far illa och barn som närstående.

Nästan alla styrdokument som presenteras här har kommit till efter att bestämmelsen om barns rätt till information, råd och stöd har lagts till i hälso- och sjukvårdslagen. Ändå hänvisar inte alla dokument till detta som en självklar del i vården. I styrdokumenterna som handlar om arbete inom barn- och ungdomspsykiatri lyfts ofta fram att utredningen i början av behandlingen bör inkludera en kartläggning av ärftlighet och psykisk ohälsa hos föräldern. Föräldrarnas omsorgsförmåga, anknytningsförmåga och uppfostringsstil kopplas till barnets mående. Flera dokument hänvisar till att barn och föräldrar kan uppvisa samma problematik, till exempel ångest, tvångssyndrom eller ADHD, och att det kan leda till att barnens symptom upprätthålls eller förstärks. Det framgår dock inte av styrdokumenterna om föräldrarnas psykiska ohälsa påverkar hur behandlingen av barnet utformas och om det finns specifika interventioner som rekommenderas. Däremot är vårdprogrammet för späda och små barn tydligt med att problemen ofta bottnar i psykisk ohälsa hos föräldern och att insatserna behöver inriktas på att förbättra föräldraförmågan och samspelet med barnet. Detsamma gäller för riktlinjerna kring oro för väntat barn som även kan användas inom andra verksamheter än spädbarnspsykiatri, till exempel inom mödravården.

Skyldigheten att anmäla oro för att barn far illa till socialtjänsten kopplat till en förälders psykiska ohälsa tas upp i flera riktlinjer för vuxenpsykiatri, men inte i de riktlinjer för barn- och ungdomspsykiatri som vi har gått igenom. Begreppet ”barn som anhöriga” används endast i riktlinjer för vuxenpsykiatri. I riktlinjer för vuxenpsykiatri nämns också att det ska finnas

barnombud med särskild kunskap som kan ge information om vilka insatser som kan erbjudas för barn till psykiskt sjuka föräldrar. Det nämns även specifika insatser som Beardslees familjeintervention, Föra barnen på tal och Familjeband. I Socialstyrelsens utvärdering av vård vid depression och ångestsyndrom framhålls vikten av att varje verksamhet har skriftliga rutiner för hur den ska stödja minderåriga barn till personer med depression och ångest och man menar att bristen på rutiner är särskilt stor inom primärvården.

## Diskussion och slutsatser

När man sammanväger resultaten från studiens båda delar, blir det tydligt att barn- och ungdomspsykiatrin och vuxenpsykiatrin idag har olika ingångar i arbetet med familjer med psykisk ohälsa. Begreppet "barn som anhöriga" är väl etablerat hos medarbetare inom vuxenpsykiatrin, i många verksamheter finns barnombud med särskilt uppdrag att beakta barns behov av information, råd och stöd när en förälder lider av psykisk ohälsa, det finns ett flertal interventioner som kan användas i detta arbete och ett familjeorienterat arbete har stöd i många, men inte alla, styrdokument för vuxenpsykiatrin. Utmaningen består i att även engagerade medarbetare som har förkovrat sig i en eller flera interventioner kan ha svårt att konsekvent arbeta familjeorienterat i den kliniska vardagen. Det vi ser både i denna och i tidigare studier är att de interventioner som finns används alltför sällan med tanke på att cirka 30 procent av patienterna inom vuxenpsykiatrin har minderåriga barn.

När det gäller barn- och ungdomspsykiatrin är man, vilket bland annat styrdokumentet tydligt visar, väl medveten om att föräldrars psykiska ohälsa ofta påverkar deras föräldraförmåga och utgör en risk för barnens psykiska hälsa och utveckling. Frågor om föräldrarnas psykiska hälsa ingår i bedömningen av barnets problematik, föräldrarna är ofta delaktiga i barnets utredning och behandling på olika sätt, inte minst eftersom de måste ge sitt samtycke till barnets kontakt med barn- och ungdomspsykiatrin. Men det verkar inte finnas några interventioner som är anpassade till föräldrar med psykisk ohälsa, trots att barnpsykiatrisk behandling av barn vars förälder har psykisk ohälsa ofta upplevs som både resurs- och tidskrävande. Undantaget är spädbarnspsykiatrin där fokus ligger på att utveckla föräldraförmågan och samspelet med det lilla barnet med utgångspunkt i föräldrarnas förutsättningar. Detsamma gäller möjligen för insatser för psykiskt sjuka mödrar under graviditeten, men detta har inte varit i fokus i denna studie. Utmaningen för barn- och ungdomspsykiatrin i arbetet med barn som inte längre är späda eller små är att tydligare integrera kunskapen om en förälders psykiska ohälsa i behandlingsarbetet.

Det finns ett stort antal styrdokument såsom policyn, riktlinjer och vårdprogram med syfte att vägleda arbete med barn och vuxna med olika typer av psykisk ohälsa. Många, men inte alla, tar upp hur man kan arbeta med familj och närstående till patienten och detta sker oftare ur ett individorienterat än ur ett familjeorienterat perspektiv. Man kan också fråga sig hur kända olika styrdokument är bland medarbetare och hur efterlevnaden följs upp.

I arbetet med detta projekt blev vi medvetna om att förutsättningarna och även språkbruket är olika inom vuxenpsykiatrin och barn- och ungdomspsykiatrin när det gäller arbetet med familjer med psykisk ohälsa. Både vuxenpsykiatrin och barn- och ungdomspsykiatrin har idag ofta ett symptomorienterat och individorienterat arbetssätt. Det uppstår lätt ett "glapp" när man ska beakta förutsättningar och behov hos en familjemedlem som inte är den identifierade patienten. Behandlingen inriktas då enbart på barnet när det gäller barn- och ungdomspsykiatrin och enbart på den vuxne när det gäller vuxenpsykiatrin och övriga i familjen används som uppgiftslämnare eller stöd till patienten, trots att man ofta är medveten om att de kan ha egna behov. Ofta anges resursbrist som skäl för detta arbetssätt, men frågan är om det inte är resursslöseri när olika verksamheter arbetar parallellt med varsin familjemedlem.

Vi menar att The Family Model kan fylla en viktig funktion i utvecklingen av ett mer familjeorienterat arbetssätt i Sverige. Kartläggningen av hur föräldrarnas psykiska mående påverkar barnet och andra i familjen, hur barnets psykiska mående påverkar syskon och föräldrar, vilka professionella stödinsatser som redan finns och vilka som skulle behövas ger en helhetsbild som kan underlätta det fortsatta arbetet. Det som gör modellen speciell är att den inte enbart fokuserar på hur en familjemedlems psykiska ohälsa påverkar barnen eller andra familjemedlemmar utan att tyngdpunkten ligger på ömsesidig påverkan och att modellen även kan tillämpas om fler än en familjemedlem har psykisk ohälsa.

Deltagarna i projektet hade ofta i sin nuvarande anställning ett tilläggsuppdrag för att arbeta med barn som anhöriga till föräldrar med psykisk sjukdom, de hade sedan tidigare utbildning i olika metoder för ett familjeorienterat arbetssätt, de hade högt självförtroende när det gäller att arbeta med familjer där en förälder har psykisk ohälsa och de uttryckte ett relativt begränsat behov av vidareutbildning. Sannolikt rör det sig om en erfaren grupp med ett speciellt intresse för familjeorienterat arbete, även om vår ambition var att även inkludera mer oerfarna medarbetare.

Deltagarna har varit övervägande positiva till The Family Model och gett många värdefulla synpunkter på hur The Family Model kan användas, utvecklas och anpassas till förhållandena i Sverige. Mycket talar enligt dem för att modellen är användbar i Sverige, antingen som komplement till andra familjeorienterade interventioner eller som förstahandsalternativ i verksamheter som vill introducera ett mer familjeorienterat arbetssätt eller där medarbetare är ovana vid att arbeta familjeorienterat. Samtidigt arbetar flera i verksamheter där man redan har funnit "sin" modell och där man inte uppfattar att The Family Model tillför något nytt.

Det framgår tydligt av utvärderingen att man behöver översätta och anpassa materialet till svenska förhållanden, om man vill gå vidare med att introducera The Family Model i Sverige. Det visuella verktyget, The Family Card, behöver översättas (kanske till fler språk än svenska), bli mindre heteronormativ och kanske mer barnanpassad. Att webbkursen idag endast finns tillgänglig på engelska eller engelska/norska har varit ett hinder för en del medarbetare som har tillfrågats eller deltagit i projektet. Webbkursen kan också behöva kompletteras med information om svensk lagstiftning, till exempel anmälningskyldigheten och lagstiftning kring sekretess och samtycke. Man behöver dessutom arbeta vidare med vilken utbildning och vilket stöd medarbetare som vill använda The Family Model måste ha. Räcker det att enbart gå webbkursen? Deltagarna i vår studie kommenterade att modellen är enkel, tydlig och strukturerad, men också att medarbetare behöver grundläggande kunskap i till exempel barns utveckling och arbete med familjer för att kunna använda modellen. En viktig aspekt är också stödet i organisationen. Allt arbete med att anpassa modellen till svenska förhållanden och att utveckla en struktur kring utbildningen behöver givetvis ske i samråd med Adrian Falkov som har skapat The Family Model.

I nästa steg behöver modellen utvärderas i fler modellverksamheter, främst inom barn- och ungdomspsykiatri och i vuxenpsykiatri. Det skulle också vara av intresse att se hur modellen fungerar till exempel inom specialistmödravården eller i fler verksamheter inom primärvården. Oavsett i vilken verksamhet modellen används, skulle det vara angeläget att undersöka om samarbete med andra verksamheter, till exempel genom SIP (samordnad individuell plan), ökar och utvecklas. Det skulle också vara viktigt att systematiskt undersöka hur

föräldrar och barn som har deltagit i en kartläggning enligt The Family Model har upplevt modellen. Bidrar The Family Model jämfört med andra interventioner till större symptomminskning eller mer samverkan med andra vårdgivare, socialtjänsten eller andra instanser? Att utvärdera interventioner i klinisk verksamhet i Sverige är en utmaning för både forskare och kliniker, men nödvändig för att fortsätta utveckla vården av familjer där psykisk ohälsa förekommer.

## Referenser

Afzelius, M. (2017). Families with parental mental illness. Supporting children in psychiatric and social services (Doktorsavhandling). Malmö universitet, fakulteten för hälsa och samhälle.

Afzelius, M., Östman, M., Råstam, M., & Priebe, G. (2018). Parents in adult psychiatric care and their children: A call for more interagency collaboration with social services and child and adolescent psychiatry. *Nordic Journal of Psychiatry*, 72 (1), 31–38.

Axberg, U., Priebe, G., Afzelius, M. & Wirehag Nordh, L. (2020). *Barn till föräldrar som har kontakt med vuxenpsykiatri – hur har de det? Rapport från en nationell studie*. Växjö: Linnéuniversitetet, Nationellt kompetenscentrum anhöriga, Nka.

Beardslee, W. R. (2002). *When a parent is depressed*. Boston: Little, Brown and Company.

Dover, S., Leahy, A. & Foreman, D. (1994). Parental psychiatric disorder: Clinical prevalence and effects on default from treatment. *Childcare, Health and Development*, 20 (3), 137–143.

Elgán, T.H. & Källmén, H. (2020). Do professionals ask about children when establishing a collaborative individual plan for clients? A cross-sectional study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 74:1, 69–72.

Eriksson, M. (2018). Användning av BRA – Barns rätt som anhöriga. Eskilstuna, Västerås: Mälardalens Högskola. Hämtat 2 februari 2020 från [http://www.allmannabarnhuset.se/wp-content/uploads/2018/03/Eriksson-M-2018-Anv%C3%A4ndning-av-BRA-Rapport\\_.pdf](http://www.allmannabarnhuset.se/wp-content/uploads/2018/03/Eriksson-M-2018-Anv%C3%A4ndning-av-BRA-Rapport_.pdf)

Falkov, A. (2012). *The Family Model Handbook. An integrated approach to supporting mentally ill parents and their children*. Hove, United Kingdom: Pavilion Publishing and Media Ltd.

Förvaltning Skånevård Sund, Division Psykiatri (2014). *Riktlinjer för att beakta behov hos barn till psykiskt sjuka föräldrar*. Kristianstad: Region Skåne.

Grant, A., Falkov, A., Reupert, A., Maybery, D. & Goodyear, M. (in press, online 13 april 2020). An exploration of whether mental health nurses practice in accordance with The Family Model, *Archives of Psychiatric Nursing*.

Hagström, B. (2010). *Kompletterande anknytningsperson på förskola*. (Doktorsavhandling). Malmö högskola, Malmö.

Hoadley, B., Smith, F., Wan, C. & Falkov, A. (2017). Incorporating children and young people's voices in child and adolescent mental health services using The Family Model. *Social Inclusion*, 5(3), 183–194.

Hälso- och sjukvårdslag (HSL 2017:30).

Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor.

Lunds universitet, information om personuppgiftsbehandling i forskningen. Hämtat 3 januari 2020 från <https://www.medarbetarwebben.lu.se/stod-och-verktyg/juridik-dokument-och-arendehantering/personuppgifter-och-dataskydd/omradesspecifik-information/forskning>

Maybery, D., Goodyear, M. & Reupert, A. (2010). *Family focused mental health practice questionnaire*. Ej publicerad.

Maybery, D., Goodyear, M. & Reupert, A. (2012). The Family-Focused Mental Health Practice Questionnaire. *Archives of Psychiatric Nursing*, 26(2), 135–144. Doi: 10.1016/j.apnu.2011.09.001

Nationella självskadeprojektet. (2014). *Rekommendationer för insatser vid självskadebeteende. Nationellt kvalitetsdokument för psykiatrin*. Hämtat 30 januari 2020 från <http://www.sfbup.se/wp-content/uploads/2016/11/Sjalvskade-rekommendationer.pdf>

Pihkala, H. (2011). *Beardslees preventiva familjeintervention för barn till föräldrar med psykisk sjukdom. Svenska familjers erfarenheter*. (Doktorsavhandling). Umeå universitet, Umeå.

Region Skåne. (2016). *Vårdprogram för psykosvården i Psykiatri Skåne, vuxenpsykiatri*. Kristianstad: Region Skåne. Hämtat 4 februari 2020 från <https://kfsk.se/socialtjanst/wp-content/uploads/sites/4/2015/10/Vardprogram-psykosvard-vuxenpsykiatri-maj.pdf>

Region Skåne. (2012). *Vårdprogram för späda och små barn*. Hämtat 4 februari 2020 från <https://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/regionala-wardprogram---fillistning/wardprogram-spada-och-sma-barn.pdf>

Region Skåne. (2014). *Handlingsprogram Barn som anhöriga*. Kristianstad: Region Skåne. Hämtat 4 februari 2020 från <https://vardgivare.skane.se/siteassets/3.-kompetens-och-utveckling/projekt-och-utveckling/barn-som-anhoriga/handlingsprogram-barn-som-anhoriga-version-2-141212.pdf>

Region Skåne. (2018). *Regional riktlinje kring oro för väntat barn*. Hämtat 16 januari 2020 från <https://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/regionala-riktlinjer---fillistning/regional-riktlinje-kring-oro-for-vantat-barn-2018.pdf>

Region Skåne. (u.å., a). *Barn som far illa*. Hämtat 26 januari 2020 från <https://vardgivare.skane.se/kompetens-utveckling/sakkunniggrupper/barnhalsovard/barn-som-far-illa/>

Region Skåne. (u.å., b). *Barn som anhöriga*. Hämtat 26 januari 2020 från <https://vardgivare.skane.se/kompetens-utveckling/sakkunniggrupper/barnhalsovard/barn-som-anhoriga/>

Simonsson, H. (2017). *Psykologers upplevelse av barn och behandling inom barn- och ungdomspsykiatrin vid psykisk ohälsa hos förälder*. Specialarbete. Specialistutbildningen för psykologer. Göteborgs universitet.

Skogøy, B.E., Maybery, D., Ruud, T., Sørgaard, K., Christensen Peck, G., Kufås, E., ... Ogden, T. (2018). Differences in implementation of family focused practice in hospitals: a cross-sectional study. *International Journal of Mental Health Systems*, 12:77.

Skogøy, B.E., Ogden, T., Weimand, B., Ruud, T., Sørgaard & Maybery, D. (2019). Predictors of family focused practice: organisation, profession, or the role as child responsible personell? *BMC Health Services Research*, 19:793. Doi: 10.1186/s12913-019-4553-8



Socialstyrelsen. (2018). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Stöd för styrning och ledning*. Hämtat 26 januari 2020 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-9-6.pdf>

Socialstyrelsen. (2019a). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning*. Hämtat 26 januari 2019 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2019-1-16.pdf>

Socialstyrelsen. (2019b). *Utvärdering av vård vid depression och ångestsyndrom. Huvudrapport med förbättringsområden*. Hämtat 26 januari 2020 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2019-5-12.pdf>

Solantaus, T. (2010). *Föra barnen på tal – när en förälder har psykisk ohälsa*. Helsingfors: Finska Institutet för hälsa och välfärd (THL).

Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri. (2011). *Barn och ungdomar som utmanar. Vårdprogram för bedömning och behandling vid trotssyndrom och uppförandestörning inom barn- och ungdomspsykiatrin*. Hämtat 30 januari 2020 från [http://www.sfbup.se/wp-content/uploads/2016/11/Vardprgr\\_ODD\\_CD\\_2011\\_SFBUP.pdf](http://www.sfbup.se/wp-content/uploads/2016/11/Vardprgr_ODD_CD_2011_SFBUP.pdf)

Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri. (2014). *Riktlinje Depression*. Hämtat 30 januari 2020 från <https://www.uppdragpsyiskhalsa.se/wp-content/uploads/2016/08/SFBUPRiktlinjeDepression2014.pdf>

Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri. (2016). *Riktlinje ADHD*. Hämtat 30 januari 2020 från <https://www.uppdragpsyiskhalsa.se/wp-content/uploads/2016/08/SFBUPRiktlinjer-adhd.pdf>

Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri. (2018). *Riktlinje ångest- & tvångs-syndrom*. Hämtat 31 januari 2020 från <http://www.sfbup.se/wp-content/uploads/2017/04/Riktlinje-A%CC%8Angest-och-tva%CC%8Ang-Webb3.pdf>

Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri. (2019). *Riktlinje beteendesyndrom*. Hämtat 13 januari 2020 från <http://www.sfbup.se/wp-content/uploads/2019/03/Riktlinjer-Beteendesyndromwebb.pdf>

Svenska Psykiatriska Föreningen. (2009). *Schizofreni – Kliniska riktlinjer för utredning och behandling*. Svenska Psykiatriska Föreningen och Gothia Fortbildning AB. Hämtat 4 februari 2020 från <http://www.svenskpsykiatri.se/wp-content/uploads/2017/02/SPF-kliniska-riktlinjer-om-Schizofreni.pdf>

Svenska Psykiatriska Föreningen. (2013). *Suicidnära patienter – kliniska riktlinjer för utredning och vård*. Svenska psykiatriska föreningen och Gothia Fortbildning AB. Hämtat 4 februari 2020 från <http://www.svenskpsykiatri.se/wp-content/uploads/2017/02/SPF-kliniska-riktlinejr-om-suicidnara-patienter.pdf>

Svenska Psykiatriska Föreningen. (2014). *Bipolär sjukdom. Kliniska riktlinjer för utredning och behandling*. Svenska psykiatriska föreningen och Gothia Fortbildning AB. Hämtat 4 februari 2020 från <http://www.svenskpsykiatri.se/wp-content/uploads/2017/02/SPF-kliniska-riktlinjer-om-Bipol%C3%A4r-sjukdom.pdf>

Svenska Psykiatriska Föreningen. (2015). *Åtstörningar – Kliniska riktlinjer för utredning och behandling*. Svenska Psykiatriska Föreningen och Gothia Fortbildning AB. Hämtat 4 februari 2020 från <http://www.svenskpsykiatri.se/wp-content/uploads/2018/10/Pdf-%C3%A4tst%C3%B6rningar-kliniska-riktlinjer.pdf>

Söderblom, B. & Inkinen, M. (2009). *Skapa förståelse tillsammans – Stödgrupper för barn och föräldrar med psykisk ohälsa*. Lund: Studentlitteratur.

Weissman, M. M., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Warner, V., Pilowsky, D. & Verdeli, H. (2006). Offspring of depressed parents: 20 years later. *Am J Psychiatry*, 163(6), 1001–1008.

Östman, M. & Eidevall, L. (2005). Illuminating patients with children up to 18 years of age--a 1-day-inventory study in a psychiatric service. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59(5), 388–392.

## Publikationer Barn som anhöriga

Family Model – Slutrapport från en genomförbarhetsstudie med medarbetare inom barn- och ungdomspsykiatri, specialiserad vuxenpsykiatri och primärvård i Region Skåne, Region Halland och Region Västra Götaland. Priebe, G., Danlarén, A-L & Afzelius, M. BSA 2021:2, Nka, Linnéuniversitetet. Pdf-fil.

Konsekvenser av covid-19-pandemin för barn som anhöriga och unga omsorgsgivare. Johansson, P., Sennemark, E., Magnusson, L., Hanson, E. BSA 2021:2, Nka, Linnéuniversitetet. Pdf-fil.

Barn till föräldrar som har kontakt med vuxenpsykiatri – hur har det det? Rapport från en nationell studie. Axberg, U., Priebe, G., Afzelius, M. & Wirehag Nordh, L. BSA 2020:1, Nka, Linnéuniversitetet. Pdf-fil.

Barn som anhöriga. Alla barn ska få möjlighet till hälsa och personlig utveckling. Heins Berghamre, A. BSA Inspirationsmaterial 2019:1, Nka, Linnéuniversitetet.

Späd- och småbarnsverksamheter/team i Sverige – en kartläggning. Furmark, C. & Neander, K. BSA 2018:2, Nka, Linnéuniversitetet. Pdf-fil.

Föräldraskapsinsatser för föräldrar med ADHD: kartläggning av aktuellt kunskapsläge som grund för utformning av anpassad insats. Hirvikoski, T., Lindström, T., Nordin, V., Jonsson, U. & Bölte, S., BSA 2017:3, Nka, Linnéuniversitetet. Pdf-fil.

Children as next of kin in Sweden. Hjern, A., Berg, L., Arat, A., Klöfvermark, J., Manhica, H., Rostila, M., Vinnerljung, B., Hovstadius, B., Ericsson, L., & Magnusson, L. BSA 2017:2, Nka, Linnéuniversitetet.

Barn som anhöriga till flyktingföräldrar med post-traumatisk stress – en systematisk litteratur-studie. Hjern, A., & Köfvermark, J. BSA 2017:1, Nka, Linnéuniversitetet.

Barn och unga som utövar omsorg. Nordenfors, M., & Melander, C. BSA 2016:6, Nka, Linnéuniversitetet.

Effekter av anknytningsbaserade interventioner för yngre barn och deras omvårdnadspersoner – en kunskapsöversikt. Bergman, A-S. och Hanson, E. 2016:5, Nka och Linnéuniversitetet.

Stödprogram riktade till barn och/eller föräldrar när en förälder missbrukar alkohol eller andra droger – en kunskapsöversikt. Järkestig-Berggren, U. & Hanson, E. Rapport Barn som anhöriga 2016:4.

Interkulturellt perspektiv på stöd till barn som anhöriga. Ett diskussionsunderlag. Rapport Barn som anhöriga 2016:3. Pdf-fil.

Samverkan kring gravida med missbruksproblem: En studie av Mödra-Barnhälso-vårdsteamet i Haga. Heimdahl, K. och Karlsson, P. Rapport Barn som anhöriga 2016:2. Pdf-fil.

Barn till föräldrar med cancer – hur många berörs och vilka är konsekvenserna i ett livsloppsperspektiv? Berg, L. och Hjern, A. Rapport Barn som anhöriga 2016:1.

Hälsoekonomisk studie av barn och vuxna med fetalt alkoholsyndrom. Ericson, L., Hovstadius, B. och Magnusson, L. Rapport Barn som anhöriga 2015:10.

Riktade insatser till gravida och spädbarnsföräldrar med problematiskt bruk av alkohol, narkotika och läkemedel och psykisk ohälsa: en nationell kartläggning av barnhälsovård, mödrahälsovård och socialtjänst. Heimdahl, K. och Karlsson, P. Rapport Barn som anhöriga 2015:9.

Barn som anhöriga – ekonomisk studie av samhällets långsiktiga kostnader. Hovstadius, B., Ericson, L. och Magnusson, L. Rapport Barn som anhöriga 2015:8.

Föräldraskap hos vuxna med ADHD eller Autismspektrumtillstånd, konsekvenser för barnet samt metoder för stöd. Systematisk kunskapsöversikt. Janeslätt, G. & Hayat Roshanay, A. 2015:7, Nka, Linnéuniversitetet.

Att se barn som anhöriga – om relationer, interventioner och omsorgsansvar. Antologi, red. Järkestig Berggren, U., Hanson, E & Magnusson, L. 2015:6, Nka, Linnéuniversitetet.

Fler publikationer finns på Nka:s webbplats, där kan publikationerna kan beställas/laddas ner.

# The Family Model

Slutrapport från en genomförbarhetsstudie med medarbetare inom barn- och ungdomspsykiatri, specialiserad vuxenpsykiatri och primärvård i Region Skåne, Region Halland och Region Västra Götaland

Nka: Barn som anhöriga

2021:2

ISBN 978-91- 87731-66-2

[www.ansoriga.se](http://www.ansoriga.se)